

KRZYŻUJĄCE SIĘ KOMPETENCJE (SKILL MIX) W ZAWODACH MEDYCZNYCH I OKOŁOMEDYCZNYCH

SKILL MIX IN MEDICAL AND ABOUT MEDICAL PROFESSIONS

Iwona Kowalska-Bobko¹, Małgorzata Gałązka-Sobotka², Aldona Frączkiewicz-Wronka³,
Katarzyna Badora-Musiał¹, Beata Buchelt⁴

¹ Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum / Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland
Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia Publicznego / Faculty of Health Sciences, Institute of Public Health

² Uczelnia Łazarskiego / Lazarski University, Warsaw, Poland
Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia / Institute of Healthcare Management

³ Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach / University of Economics in Katowice, Katowice, Poland
Katedra Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych / Department of Public Management

⁴ Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie / Cracow University of Economics, Kraków, Poland
Wydział Ekonomii i Stosunków Międzynarodowych, Katedra Zarządzania Kapitałem Ludzkim / Faculty of Economics and International Relations, Department of Human Resources Management

STRESZCZENIE

Problemem wielu systemów ochrony zdrowia jest niedobór kadr medycznych, przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek. Ich liczba, kompetencje i uprawnienia warunkują dostępność usług medycznych i ich jakość. Zapotrzebowanie na usługi medyczne zwiększa się wraz z postępującym procesem starzenia się populacji, wzrostem liczby zachorowań na choroby przewlekłe i ciągłymi reformami systemów zdrowotnych. Koszty pracownicze w ochronie zdrowia są kosztami najbardziej obciążającymi system, dlatego trzeba tworzyć efektywne zespoły pracowników sektorowych, korzystając z dostępnych zasobów. Wymienione czynniki skutkują racjonalizacją zatrudnienia lub nadawaniem nowych uprawnień medycznych i okołomedycznych nowym grupom profesjonalistów, czego wynikiem jest zjawisko krzyżowania się kompetencji (*skill mix*). Dobrze przygotowane i wdrożone krzyżujące się kompetencje pozwalają poprawić jakość opieki nad pacjentem, zwiększyć jego zadowolenie i uzyskać lepsze wyniki kliniczne. W procesie krzyżowania się kompetencji dochodzi do zamiany sprawowanych dotychczas ról. Gdy jedni profesjonalści rozbudowują istniejące role, inni są zobowiązani do przyjęcia niektórych aspektów poprzedniej roli. Przy krzyżowaniu się kompetencji często pojawiają się też nowe role, nowe zawody, których zakres opracowuje się tak, aby pasowały one do obowiązującej praktyki. Najczęściej krzyżujące się kompetencje dotyczą personelu pielęgniarskiego i położniczego oraz lekarzy i ratowników medycznych. Aby przeciwdziałać niedoborowi lekarzy w Polsce, wprowadzono zmiany, których celem jest zwiększenie dostępu do świadczeń medycznych: m.in. pielęgniarki i położne uzyskały prawo do wypisywania recept i ordynacji medycznej, ratownicy medyczni – prawo do wykonywania medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych, a fizjoterapeuci – prawo do realizacji samodzielnej wizyty fizjoterapeutycznej. Powstał także nowy zawód – koordynator medyczny. Med. Pr. 2020;71(3):337–352

Słowa kluczowe: zawody medyczne, krzyżujące się kompetencje, koordynator, kadra medyczna, zarządzanie zasobami ludzkimi, system ochrony zdrowia

ABSTRACT

An important problem faced by many healthcare systems is the shortage of medical staff, and in particular doctors and nurses. Their number, competences and qualifications determine the level of availability and quality of medical services. Unfortunately, the demand for medical services is increasing, along with the progressive aging of the population, as well as the increase in the incidence of chronic diseases and frequent reforms of health systems. Employee costs related to healthcare are the most burdensome for the system; therefore, based on the available resources, it is necessary to create effective teams of sector employees. This results in rationalizing employment, or providing new medical and about medical competencies to new groups of professionals, which gives rise to the skill mix phenomenon. A well-prepared and implemented skill mix contributes to improving the quality of patient care, increased patient satisfaction and better clinical outcomes. In the process of mixing of competences, the roles that have been exercised so far are being changed. While some professionals are expanding their existing roles, other employees are required to accept some aspects of the previous roles. In Poland, in order to counteract such negative trends (the shortage of doctors), changes have been introduced to increase access to medical services (e.g., nurses and midwives being vested with the right to issue prescriptions and medical ordinances, paramedics – with the right to perform medical emergency services and provide healthcare services, and physiotherapists – with the right to conduct independent physiotherapeutic visits). A new profession of a medical coordinator has also been introduced. Med. Pr. 2020;71(3):337–52

Key words: medical professions, skill mix, coordinator, medical staff, human resource management, healthcare system

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Katarzyna Badora-Musiał, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków, e-mail: kasia.badora@uj.edu.pl
Nadesłano: 14 września 2018, zatwierdzono: 1 listopada 2019

WSTĘP

W ochronie zdrowia koszty pracownicze należą do kosztów najbardziej obciążających system. Dlatego zarówno decydenci (poziom makro), jak i zarządzający podmiotami leczniczymi (poziom mikro) starają się rozpoznawać sytuację i budować na podstawie dostępnych zasobów najbardziej efektywne zespoły pracowników sektorowych. Zmiany w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi w systemie ochrony zdrowia jednoznacznie wskazują, że tworzenie nowych zawodów lub redefiniowanie zakresu dotychczas pełnionych obowiązków jest niezbędne, aby polepszyć jakość i optymalizować zasady świadczenia usług zdrowotnych.

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) z 2000 r. właściwe zaprojektowanie i wdrożenie krzyżujących (łączących) się kompetencji (*skill mix*) ma ogromne znaczenie dla organizacji, zarządzania i efektywności działań podejmowanych w systemach zdrowotnych [1]. Termin *skill mix* (krzyżujące się, mieszające się, łączące się umiejętności/kompetencje) jest zwykle używany do opisywania pokrywających się kompetencji określonych grup zawodowych, które działają w ramach tej samej organizacji. Może on także odnosić się do kombinacji działań lub umiejętności niezbędnych do wykonania zadań w organizacji.

Ważnym dokumentem inicjującym międzynarodową debatę na temat kadr medycznych w Europie jest raport WHO pt. „Human resources for health in the WHO European Region”, identyfikujący aktualne problemy w sektorze zdrowia jako „ogólnoświatowy kryzys zasobów kadr medycznych” [2]. W dokumencie „Matrix Insight: EU Level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study” Unia Europejska (UE) prognozuje, że w systemach zdrowotnych należących do niej krajów już w 2020 r. będzie brakowało ok. 1 mln pracowników (w tym ok. 230 tys. lekarzy) [3]. Rozwiązaniem problemu niedoboru personelu może być racjonalizacja zatrudnienia, której celem jest nadawanie nowych uprawnień medycznych i oko-

łomedycznych nowym grupom profesjonalistów oraz przekazanie nowych kompetencji grupom zawodowym dotychczas realizującym inne role. W zarządzaniu to ostatnie zjawisko nazywane jest krzyżowaniem się kompetencji (*skill mix*).

METODY PRZEGLĄDU

Autorzy dokonali przeglądu literatury przedmiotu dotyczącej krzyżujących się kompetencji w zawodach medycznych i okołomedycznych w wybranych krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) – w Zjednoczonym Królestwie, Polsce, Belgii, Holandii, Danii, Francji, Portugalii i Szwajcarii.

W ramach przeglądu analizowano:

- anglojęzyczną literaturę fachową poświęconą tematyce krzyżujących się kompetencji – prace opublikowane w międzynarodowych czasopismach fachowych (171 tytułów),
- dokumenty (plany, strategie) instytucji rządowych, takich jak ministerstwo zdrowia lub płatnik (np. NHS, NFZ), dostępne w języku angielskim lub niemieckim oraz polskim (36 pozycji),
- dane statystyczne, raporty i opracowania (77 pozycji),
- raporty organizacji międzynarodowych, przede wszystkim Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD), WHO i UE (27 pozycji),
- serię WHO opisującą funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach „Health Systems in Transition”.

Do wyszukiwania opracowań o wskazanej tematyce użyto następujących słów kluczowych i ich kombinacji: „skill mix”, „health professionals competencies”, „health care resources”, „nursing and doctors qualifications”, „skill substitution”, „personnel mix”, „reprofiling”, „staffing levels”, „staffing mix”, „changing roles”, „human resources”, „krzyżujące się kompetencje”, „kompetencje w zawodach medycznych”, „krzyżowanie się kompetencji”, „mieszanie się kompetencji”, „łączenie się kompetencji”, „kadry medyczne”.

WYNIKI PRZEGLĄDU

Definicja krzyżujących się kompetencji (*skill mix*)

Na całym świecie decydenci zajmujący się systemami ochrony zdrowia szukają sposobu na ograniczanie kosztów przy zachowaniu poziomu i jakości dostarczanych świadczeń. Podkreślić należy, że koszty pracownicze stanowią często 75% kosztów całkowitych bez względu na model dostarczania usług zdrowotnych [4]. Podstawowym celem systemów ochrony zdrowia jest zapewnienie świadczeń bezpiecznych, o wysokiej jakości i zorientowanych na potrzeby pacjenta. Osiągnięcie tego celu jest możliwe tylko wtedy, gdy w podmiotach dostarczających usługi zdrowotne pracuje dobrze zmotywowany i odpowiednio wykwalifikowany personel, a działające modele dostarczania usług są nastawione – poprzez prawidłowe dopasowanie zasobów siły roboczej do zadań – na zwiększanie wydajności [5].

Analiza informacji statystycznych (np. liczba lekarzy/1000 mieszkańców, liczba pielęgniarek/1000 mieszkańców) wskazuje, że zarówno kraje rozwinięte, jak i rozwijające się doświadczają w ostatnich latach niedoborów wykształconej kadry medycznej i tendencja ta się utrwała [4,6]. W dokumencie „Global strategy on human resources for health: Workforce 2030” stwierdzono, że do 2030 r. w skali świata będzie brakowało 9,9 mln osób personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i położniczego [7]. Będzie to oznaczało – pomimo wzrostu w ostatniej dekadzie liczby pracowników sektora zdrowia – brak możliwości zaspokojenia przyszłych potrzeb zdrowotnych starzejących się społeczeństw [7]. Konieczne jest więc pilne znalezienie racjonalnych rozwiązań w zakresie kształtowania zasobów ludzkich i zarządzania nimi w systemie ochrony zdrowia oraz takiego projektowania stanowisk pracy, aby możliwe było odpowiednie wykorzystanie dostępnych zasobów. Reformy mające na celu redefiniowanie zakresu zadań, kluczowych kompetencji, umiejętności i zakresu odpowiedzialności pracowników w systemie ochrony zdrowia stanowią obecnie podstawę wszystkich trwałych rozwiązań dotyczących poprawiania wydajności tego systemu [8,9].

Dominującym obecnie sposobem dopasowania profesjonalistów medycznych i okołomedycznych do rosnących potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych jest podejście oparte na tzw. krzyżujących się kompetencjach (*skill mix*) i wykorzystanie w praktycznym działaniu organizacji jego pozytywnych rezultatów. Pojęcie *skill mix* w terminologii związanej z zasobami siły roboczej jest stosowane szeroko. Może odnosić się m.in. do:

- rozwiązań, których celem jest łączenie w organizacji stanowisk w celu wykonania określonych zadań,
- wykorzystania pracowników z różnymi kompetencjami do realizacji odmiennych zadań i różnych umiejętności dostępnych w określonym czasie do zrealizowania zaplanowanych działań,
- łączenia zadań z różnych obszarów kompetencji niezbędnych do zrealizowania określonych działań zaprojektowanych dla określonego stanowiska.

Terminem tym określać można także tworzenie wielozadaniowych grup pracowników pracujących w tym samym sektorze lub w różnych sektorach.

W odniesieniu do obszaru ochrony zdrowia termin *skill mix* został opisany i zdefiniowany pod koniec XX w., początkowo głównie jako zjawisko wewnątrzorganizacyjne, polegające na stosowaniu takich rozwiązań zarządczych, dzięki którym możliwe jest tworzenie zespołów pracowników z dopełniającymi się kompetencjami [10–12], a następnie jako zjawisko międzyorganizacyjne, polegające na wykorzystywaniu dopełniających się umiejętności do osiągania wskazanych celów. Skala i częstość występowania tego zjawiska, obserwowana w ostatnich latach, pozwala stwierdzić, że przybrało ono postać innowacji społecznej. Buchan i wsp. zaproponowali pojmowanie *skill mix* jako łączenie stanowisk, kompetencji, umiejętności i czynności, które są niezbędne do wykonania określonego działania [13]. Ważne jest nie samo nakładanie się realizowanych zadań, ale umiejętność uzupełniania procesu poprzez wykorzystanie specyficznych umiejętności różnych profesjonalistów medycznych. Keyzer, proponując własne rozumienie terminu *skill mix* w procesie zapewnienia odpowiedniej opieki pacjentowi, zwraca na to uwagę, kładąc nacisk na zadania i role definiowane w kategoriach praktyki medycznej realizowanej przez lekarzy, a nie dzięki rozszerzeniu roli pielęgniarki [14].

Najpełniejsze rozumienie terminu *skill mix* zaproponowali Sibbald i wsp., wskazując, że oznacza on stosowanie praktyk zarządzania zasobami ludzkimi, w ramach których dowartościowuje się:

- wzmocnienie – rozumiane jako rozszerzenie ról lub umiejętności określonej grupy pracowników,
- zastępowanie – rozumiane jako praca w ramach płynnych podziałów zawodowych i/lub możliwość wymiany w grupach roboczych jednego typu profesjonalisty na innego pracownika,
- delegowanie – polegające na powierzaniu podobnych zadań pracownikom pracującym na różnych poziomach i stanowiskach organizacyjnych,
- innowacyjność – polegająca na adekwatnym do zmieniających się potrzeb projektowaniu nowych

stanowisk pracy i odpowiadających im kompetencjom [15].

Obserwowana praktyka udzielania świadczeń oraz wypełniania zadań z zakresu profilaktyki chorób pokazuje, że w procesie krzyżowania się kompetencji dochodzi do zamiany dotychczas pełnionych ról. Często pojawiają się też nowe role, nowe zawody, których zakres opracowuje się tak, aby pasowały do granic obowiązującej praktyki (np. nowe role pielęgniarek, ratowników medycznych, radiologów, absolwentów zdrowia publicznego, asystentów medycznych – np. higienistek stomatologicznych).

Przegląd rozwiązań pokazujących zastosowanie innowacji w zakresie zarządzania ludźmi z wykorzystaniem krzyżujących się kompetencji w wybranych krajach przedstawiono w tabeli 1.

Wykorzystanie specyficznych umiejętności pracowników i tworzenie dla nich nowych obszarów zadaniowych, czyli zastosowanie krzyżujących się kompetencji jako sposobu zarządzania ludźmi, wydaje się dobrym rozwiązaniem organizacyjnym, ale wymaga partnerskiego podejścia wszystkich interesariuszy zaangażowanych w proces dostarczania usług zdrowotnych. Współpraca i uznanie za istotny procesu tworzenia nowych zawodów w opiece nad pacjentem przez wszystkich potencjalnych interesariuszy (podmioty publiczne i niepubliczne ochrony zdrowia, profesjonalistów medycznych, politycznych decydentów) ma kluczowe znaczenie dla rozwoju zjawiska krzyżujących się kompetencji i jego pozytywnego wpływu na system ochrony zdrowia.

Czynniki wpływające na konieczność krzyżowania się kompetencji w zawodach medycznych i okołomedycznych

Problem niedoboru pracowników medycznych w systemach zdrowotnych jest dostrzegany przez organizacje międzynarodowe zajmujące się tematyką zdrowia [16]. Promowanie rozwiązań ukierunkowanych na tworzenie wielozadaniowych zespołów pracowników z dopełniającymi się kompetencjami jest konsekwencją wielu czynników identyfikowanych na poziomie makroekonomicznym – odnoszących się do uwarunkowań systemowych, oraz na poziomie mikroekonomicznym – wskazujących efektywność działania organizacji.

W przypadku czynników makroekonomicznych można wskazać na wtórne grupowanie czynników jako bezpośrednich i pośrednich oraz kontekstowych. Do bezpośrednich i pośrednich Buchan i wsp. [17] zaliczyli:

- sposób finansowania zatrudnienia,
- krajowe, regionalne lub lokalne normy zatrudnienia,

- wymagania i zasady w zakresie obsadzania stanowisk,
- normy prawne umożliwiające zmianę roli zawodowej,
- wymagania związane z możliwością wykonywania zawodu,
- zakres autonomii zawodowej,
- zasady akredytacji i certyfikacji przez organizacje pracownicze i szkoleniowe,
- zasady alokacji środków w ramach wewnętrzorganizacyjnych budżetów dotyczących spraw związanych z zarządzaniem zasobami ludzkimi,
- regulacje prawne dotyczące zarządzania zasobami ludzkimi, m.in. szkolenie, rozwój, rekrutacja, zwolnienia, awans zawodowy.

Za kontekstowe czynniki wpływające na możliwość tworzenia nowych form pełnienia ról przez profesjonalistów medycznych Buchan i wsp. [17] uznali:

- model systemu ochrony zdrowia,
- proporcje pomiędzy prywatnymi a publicznymi źródłami finansowania usług zdrowotnych,
- uwarunkowania wynikające ze struktury rynku pracy, w tym wysokość płac, strukturę demograficzną siły roboczej, podaż i popyt miejsc pracy, ustawodawstwo związane z zatrudnieniem i ochroną pracowniczą,
- ogólną sytuację ekonomiczną,
- wartości i normy społeczne związane z zatrudnieniem – punitywne lub autoteliczne podejście do pracy.

Można wskazać następujące czynniki wpływające na rozwój praktyk krzyżujących się kompetencji na poziomie organizacji:

- niedobór personelu,
- niewłaściwe wykorzystanie kompetencji pracowników w podziale pracy,
- wynagrodzenie nieadekwatne do jakości usług lub do osiągniętych wyników,
- nadmierne zatrudnienie w określonych grupach pracowniczych,
- nieprawidłowy przydział zadań, tj. zbyt duże obciążenie pracą określonych grup zawodowych przy niedoszacowaniu zadań dla innych,
- wprowadzenie nowych usług świadczonych przez organizację i wynikająca z tego konieczność redefiniowania zakresu zadań personelu,
- wdrażanie nowych ścieżek opieki nad pacjentem,
- zmianę ról zawodowych,
- zmianę sposobów dostarczania usługi pacjentowi, np. w konsekwencji deinstytucjonalizacji określonego segmentu ochrony zdrowia [18].

Tabela 1. Przykłady krzyżujących się kompetencji w wybranych krajach Unii Europejskiej
Table 1. Examples of skill mix in selected European Union countries

Kraj Country	Krzyżujące się kompetencje Skill mix			Skala Scope
	przykład example	czego dotyczy what it applies to	kogo dotyczy whom it applies to	
Francja / France	– zapobieganie chorobom, poradnictwo dla pacjentów (np. diabetologiczne, zarządzanie ryzykiem sercowo-naczyniowym, dotyczące POChP, badania przesiewowe w kierunku demencji) / prevention, counseling for patients (e.g., diabetologists, cardiovascular risk management, chronic obstructive pulmonary disease [COPD], screening for dementia)	– rozbudowa roli zawodowej i opracowanie modelu zespołu / professional role expansion and introduction of the team model	– pielęgniarka zdrowia publicznego / public health nurse	krajowa: stowarzyszenie Action de santé libérale en qui pe (ASALÉE) angażuje ok. 2% lekarzy rodzinnych (>1000), 300 pielęgniarek, 300 000 pacjentów / national: ASALÉE involves about 2% of general practitioners (GPs) (> 1000), 300 nurses, 300 000 patients
	– zarządzanie chorobami przewlekłymi / management of chronic diseases	– rozbudowa roli zawodowej i opracowanie modelu zespołu / professional role expansion and introduction of the team model	– pielęgniarka zdrowia publicznego / public health nurse	krajowa: stowarzyszenie ASALÉE obejmuje ok. 2% lekarzy rodzinnych (>1000), 300 pielęgniarek, 300 000 pacjentów / national: ASALÉE involves about 2% of GPs (>1000), 300 nurses, 300 000 patients
	– koordynacja złożonych przypadków (np. monitoring onkologiczny) / coordination of complex cases (e.g., oncological monitoring)	– rozbudowa roli zawodowej / professional role expansion	– pielęgniarki / nurses	krajowa / national
	– opieka skoncentrowana na osobie / patient-centred care			
Holandia / The Netherlands	– poradnictwo, edukacja terapeutyczna / counseling, therapeutic education			
	– zapobieganie chorobom, diagnostyka przesiewowa w kierunku depresji i innych chorób psychicznych / prevention, screening diagnosis in the field of depression and other mental illnesses	– opracowanie modelu zespołu / introduction of the team model	– pielęgniarka zajmująca się problematyką zdrowia psychicznego (pielęgniarka lub inny specjalista z dodatkowym rocznym szkoleniem) / nurse dealing with mental health issues (nurse or another specialist with additional 1-year training)	krajowa: 81% praktyk lekarzy rodzinnych zatrudnia pielęgniarkę zdrowia psychicznego na ok. 1,5 dnia/tydz. / national, 81% GP practices employ a mental health nurse for approx. 1.5 day/week
Polska / Poland	– podejmowanie czynności medycznych w zakresie chirurgii, endoskopii, wykonywanie iniekcji, cewnikowanie, przepisywanie leków / undertaking medical activities in the field of surgery, endoscopy, injections, catheterization, prescription of medicines	– rozbudowa roli zawodowej (praktyka zaawansowana) / professional role expansion (advanced practice)	– asystent medyczny / medical assistant – magister pielęgniarstwa (opieka ostra, przewlekła, intensywna, psychiczna lub profilaktyczna) / Master's degree in nursing (acute, chronic, intensive, mental or prophylactic care) – technolog kliniczny (mgr) / clinical technologist (Master's degree)	krajowa: mandat dla pielęgniarek i asystentów medycznych zatwierdzony w 2017 r., trwający pilotaż dla technologów klinicznych / national: license for nurses and medical assistants approved in 2017, ongoing pilot for clinical technologists
	– ocena pacjenta i komunikacja / patient assessment and communication	– wprowadzenie do nowego zawodu / induction to a new profession	– pielęgniarka środowiskowa / community nurse	krajowa / national
	– koordynacja usług zdrowotnych i opieki społecznej / coordination of healthcare services and social welfare	– rozszerzenie i wzmacnianie roli / professional role expansion and strengthening		

Tabela 1. Przykłady krzyżujących się kompetencji w wybranych krajach Unii Europejskiej – cd.
Table 1. Examples of skill mix in selected European Union countries – cont.

Kraj Country	Krzyżujące się kompetencje Skill mix			Skala Scope
	przykład example	czego dotyczy what it applies to	kogo dotyczy whom it applies to	
Polska / Poland	– wypisywanie recept przez pielęgniarki i położne / issuing of prescriptions by nurses and midwives	– wprowadzanie nowej roli / introduction of a new role	– pielęgniarki i położne z tytułem magistra lub ze skończoną specjalizacją / nurses and midwives with a Master's degree or a completed specialization	krajowa / national
	– prawo do samodzielnej ordynacji medycznej / the right to self-ordained medical treatment	– rozszerzanie, wzmacnianie roli, a także przejmowanie roli do tej pory przypisane lekarzom / professional role expansion and strengthening, as well as replacing the role previously assigned to physicians	– pielęgniarki i położne z tytułem licencjata / nurses and midwives with a Bachelor's degree	krajowa / national
	– wypisywanie recept przez pielęgniarki i położne; działanie nadzorowane / issuing of prescriptions by nurses and midwives; the supervised process	– rozszerzanie, wzmacnianie roli / professional role extension and strengthening	– lekarz rodzinny, lekarz specjalista / GP, specialist doctor	krajowa / national
	– diagnostyka onkologiczna / oncological diagnostics	– wprowadzanie nowych zadań / introduction of new tasks	– koordynator medyczny / medical coordinator	poszczególne podmioty lecznicze (duże szpitale) / individual healthcare facilities (large hospitals)
	– karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) / Oncology Diagnostic and Treatment Card	– rozszerzanie i wzmacnianie roli / professional role extension and strengthening	– ratownik medyczny / medical rescuer	krajowa / national
	– zarządzanie czasem oczekiwania w pakiecie onkologicznym (maks. 7 tygodni) / management of waiting time in the oncology package (max 7 weeks)	– wprowadzanie nowej roli / introduction of a new role		
	– zwiększenie zakresu czynności medycznych dla ratowników medycznych / increasing the scope of medical procedures for medical rescuers	– wprowadzenie nowych zadań i nowej roli / introduction of new tasks and a new role		
	– praca na oddziałach, wspomaganie personelu pielęgniarskiego / work in hospital wards, support for nursing staff	– powiększanie, wzmacnianie roli i zastępowanie roli pielęgniarki / professional role expansion and strengthening, as well as replacing the role of a nurse		
	– samodzielna wizyta fizjoterapeutyczna / independent physiotherapeutic visit	– wprowadzenie nowych zadań i nowej roli / introduction of new tasks and a new role	– fizjoterapeuta / physiotherapist	krajowa / national
	– prawo fizjoterapeuty do samodzielności decyzyjnej / physiotherapist's right to exercise decision-making autonomy	– powiększanie i wzmacnianie roli / professional role expansion and strengthening		
		– zastępowanie roli lekarza / replacing the role of a doctor		

Na podstawie / Based on: Mousquès J. i wsp. / et al.: Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care [30], Bourguell Y., Berland Y.: Health care human resource policy in France [31], Alders P.: Self-managed care teams to improve community care for frail older adults in the Netherlands [32], Jovic L. i wsp. / et al.: Between Autonomy and Subordination in Front Line Care [33], De Bakker D.H. i wsp. / et al.: Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination [34], Eikelenboom N. i wsp. / et al.: Validation of Self-Management Screening (SeMaS) a tool to facilitate personalised counselling and support of patients with chronic diseases [35], Plochg T. i wsp. / et al.: Transforming medical professionalism to fit changing health needs [36], Verhaak P.F., van Dijk C.E. i wsp. / et al.: Mental health care as delivered by Dutch general practitioners between 2004 and 2008 [37], Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [38].

W systemach zdrowotnych wielu krajów brakuje personelu medycznego, przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek, nie tylko z powodu zmian demograficznych, lecz także ze względu na wahania koniunktury gospodarczej i jej wpływ na PKB. Aby zapewnić właściwą liczbę odpowiednio wykwalifikowanych i alokowanych pracowników, potrzebne są kompleksowe działania obejmujące zarówno szkolnictwo wyższe, jak i organizację oraz finansowanie usług zdrowotnych, a szczególnie zmiany regulacyjne dotyczące przyznania nowych kompetencji/uprawnień dla profesjonalistów medycznych i okołomedycznych, którzy w konsekwencji ich uzyskania będą mogli podejmować zadania do tej pory realizowane wyłącznie przez lekarzy czy pielęgniarki. Istotne jest także tworzenie nowych rozwiązań systemowych pozwalających racjonalnie wykorzystać zasoby, np. koordynowane systemy opieki medycznej.

Obecny kryzys dotyczący kadr medycznych jest konsekwencją wielu negatywnych trendów. Najważniejsze z nich to: problemy z efektywnym zarządzaniem zasobami ludzkimi i brak racjonalnej polityki kadrowej, niedostosowanie struktury zatrudnienia do profilu i zakresu świadczonych usług, deficyty planowania w systemie edukacji, a także – w licznych przypadkach – niedofinansowanie ochrony zdrowia. W wielu krajach istotne są także problemy związane z kształceniem i szkoleniami zawodowymi oraz zapewnianiem profesjonalistom medycznym i okołomedycznym atrakcyjnego wynagrodzenia. Wpływa to znacząco na podaż i popyt siły roboczej oraz decyzje dotyczące ścieżek kształcenia [19]. Ewentualne błędy i zaniedbania w planowaniu liczby profesjonalistów medycznych mogą mieć poważne konsekwencje organizacyjne dla systemu zdrowotnego oraz społeczne – wynikające z braku możliwości dostarczenia koniecznych świadczeń zdrowotnych. Rozwiązanie tego problemu w krótkim czasie nie jest możliwe, ponieważ kształcenie profesjonalistów medycznych, szczególnie lekarzy, trwa wiele lat.

Jednym z postulowanych przez ekspertów rozwiązań problemu niedoboru profesjonalistów medycznych, m.in. lekarzy, jest zarówno zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne, jak i liczby finansowanych z budżetu centralnego miejsc kształcenia specjalizacyjnego [19]. Szybszym, proponowanym i realizowanym w wielu systemach zdrowotnych rozwiązaniem jest przyznawanie kompetencji typowo medycznych, do tej pory będących wyłącznie w rękach lekarzy, innym profesjonalistom medycznym i okołomedycznym, np. pielęgniarkom, ratownikom medycznym czy fizjoterapeutom.

Przykłady stosowania

krzyżujących się kompetencji w Polsce

Analiza literatury i zapoznanie się z praktycznym działaniem organizacji pozwoliły autorom niniejszego artykułu przedstawić własne zestawienie czynników, które mają wpływ na wystąpienie i rozwój zjawiska powiększania, wzmacniania i zastępowania ról zawodowych w zespołach pracowniczych pracujących w organizacjach dostarczających usługi zdrowotne. Wskazane zostały także działania, które należy wprowadzić, aby stworzyć w Polsce prawno-społeczno-ekonomiczny system sprzyjający proponowanym zmianom dotyczącym ról pracowniczych (tabela 2).

Według badań CBOS tylko 34% społeczeństwa pozytywnie ocenia funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce [20]. Pozostałe opinie są krytyczne. Głównym zarzutem jest ustalanie odległych terminów wizyt u lekarzy specjalistów, czyli długi czas oczekiwania na wizytę lub operację. Aby przeciwdziałać takiej sytuacji, wprowadza się w systemie ochrony zdrowia zmiany [21]. Przykładem ww. działań jest wprowadzenie pakietu onkologicznego, skracającego czas oczekiwania na terapię onkologiczną od momentu pojawienia się pacjenta w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej do 7 tygodni w przypadku diagnostyki i leczenia lub do 9 tygodni w przypadku pacjenta objętego szybką terapią onkologiczną w podstawowej opiece zdrowotnej.

Skutkiem kolejek osób oczekujących na świadczenia, braków kadrowych i wysokich kosztów pracy najbardziej wykwalifikowanych profesjonalistów medycznych jest przyspieszenie działań regulacyjnych związanych z nadawaniem nowych uprawnień pielęgniarkom i położnym, ratownikom medycznym oraz fizjoterapeutom [22].

Fizjoterapeuci otrzymali dodatkowe uprawnienia zawodowe (swoboda w prowadzeniu rehabilitacji) w styczniu 2019 r. w związku z nowelizacją rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej [23].

Nowe uprawnienia zawodowe pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych oraz fizjoterapeutów krzyżują się z uprawnieniami realizowanymi do tej pory przede wszystkim przez lekarzy. Są to bowiem:

- prawo pielęgniarek i położnych do wypisywania recept i ordynacji medycznej,
- prawo do wykonywania medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych,
- prawo do realizacji samodzielnej wizyty fizjoterapeutycznej.

W przypadku ratowników medycznych kompetencje krzyżują się nie tylko z kompetencjami lekarzy specja-

Tabela 2. Czynniki wpływające na tworzenie krzyżujących się kompetencji w systemie ochrony zdrowia i podmiotach realizujących jego cele
Table 2. Factors that influence skill mix formation in the healthcare system and entities pursuing its goals

Perspektywa Perspective	Czynniki ograniczające/wspierające rozwój nowych ról pracowniczych Factors limiting/supporting the development of new employee roles	Działania wspierające rozwój nowych ról pracowniczych podejmowane w Polsce Activities that support the development of new employee roles undertaken in Poland
Perspektywa makroekonomiczna / Macroeconomic perspective	<ul style="list-style-type: none"> – światowe trendy w koniunkturze gospodarczej / global economic trends – wysokość PKB / the level of GDP – tendencja spadkowa lub wzrostowa PKB / a downward or upward trend in GDP – sposób finansowania zatrudnienia, szczególnie w sektorze usług publicznych / the method of employment financing, especially in the public services sector – krajowe, regionalne lub lokalne normy zatrudnienia / national, regional or local employment standards – wartości i normy społeczne związane z zatrudnieniem – punitywne lub autoteliczne podejście do pracy / social values and norms related to employment – a penitential or autotelic approach to work – popyt i podaż siły roboczej na rynku pracy / the demand and supply of labor on the labor market 	<ul style="list-style-type: none"> – zwiększenie nakładów w systemie ochrony zdrowia do 6% PKB do 2024 r. (ustawa 6.0) / increasing expenditures on the healthcare system to 6% of GDP by 2024 (Act 6.0) – podwyżki minimalnego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne / increasing the minimum basic salary of employees performing medical professions – nowe przepisy zatrudnienia dotyczące pielęgniariek na oddziałach szpitalnych / the new standards of employment for nurses in hospital wards – zwiększanie limitów przyjęć na studia medyczne / increasing the admission limits for medical studies – nowe zawody regulowane (m.in. sekretarka medyczna, opiekun medyczny) oraz prace nad wprowadzeniem kolejnych (np. asystent lekarza) / new regulated professions (e.g., medical secretary, medical carer) and work on the introduction of other professions (e.g., physician assistant)
Perspektywa polityczna / Political perspective	<ul style="list-style-type: none"> – realizowana doktryna polityczna / the implemented political doctrine – cele prowadzonej gry politycznej / the objectives of the political game – sposób stanowienia norm prawnych / the method of establishing legal norms 	<ul style="list-style-type: none"> – brak odniesienia do krzyżujących się kompetencji w programie politycznym partii rządzącej / no reference in the political program of the ruling party to the skill mix phenomenon – uznanie przez ministra zdrowia niskich płac i niewystarczających zasobów kadrowych za najważniejszy problem systemowy / low wages and inadequate human resources being recognized by the Minister of Health as the most important systemic problem
Perspektywa demograficzno- społeczna / Demographic and social perspective	<ul style="list-style-type: none"> – zmiany struktury demograficznej, szczególnie zwiększanie się kohort osób w starszym wieku / changes in the demographic structure, especially the increasing cohorts in older age groups – rozpad rodziny wielopokoleniowej i w konsekwencji zerwanie ciągłości opieki nad osobami zależnymi / the breakdown of a multigenerational family and, consequently, the break of the continuity of care over dependents – wzrost świadomości zdrowotnej / an increased level of health awareness 	<ul style="list-style-type: none"> – koncentracja na programach opieki kompleksowej (koordynowanej) / a concentration on comprehensive (coordinated) care programs, including population solutions for the elderly – koncentracja na ZOL i dziennym zabezpieczeniu opieki rehabilitacyjnej i psychiatrycznej (np. pilotaż programu psychiatrii środowiskowej – powstanie centrów zdrowia psychicznego) / concentration on ZOL and daily protection of rehabilitation and psychiatric care (e.g., an environmental psychiatry pilot program – the establishing of mental health centers) – zwiększenie zakresu działań profilaktycznych w POZ (pilotaż POZ PLUS) / increased prevention activities in the PHC (pilot PHC PLUS) – model hybrydowy (ubezpieczeniowy z silnym płatnikiem) / a hybrid model (insurance with a strong payer) – zdecydowana przewaga finansowania publicznego / the vast majority of public funding – rozwój opieki kompleksowej (m.in. KOC, KOS, KOS-zawał, KAOS-cukrzyca, KLRP, POZ PLUS) z wyraźną rolą koordynatora / the development of comprehensive care (including KOC, KOS, KAOS-Diabetes, KLRP, PHC PLUS), with clear role of the coordinator
Perspektywa modelu ochrony zdrowia systemowa / Healthcare system perspective	<ul style="list-style-type: none"> – model systemu ochrony zdrowia / a model of the healthcare system – proporcje pomiędzy prywatnymi i publicznymi źródłami finansowania usług zdrowotnych / proportions between private and public sources of financing healthcare services – uwarunkowania wynikające ze struktury rynku pracy, w tym wysokość płac, struktura demograficzna siły roboczej, podaż i popyt miejsc pracy / conditions resulting from the structure of the labor market, including wages, the demographic structure of the workforce, and the supply of and demand for jobs – zmiana sposobów dostarczania usług zdrowotnej pacjentowi, m.in. wdrażanie nowych ścieżek opieki nad pacjentem / change in the way of providing a healthcare service to a patient, including the implementation of new patient care paths 	

<p>Perspektywa formalnych wymagań niezbędnych do pełnienia ról zawodowych /</p> <p>Perspective of the formal requirements necessary for performing professional roles</p>	<ul style="list-style-type: none"> – ustawodawstwo związane z zatrudnieniem i ochroną pracowniczą / legislation related to employment and employee protection – wymagania związane z możliwością wykonywania zawodu / requirements related to the ability to practice a given profession – normy prawne umożliwiające zmianę roli zawodowej / legal standards for changing the professional role – zasady akredytowania i certyfikowania przez organizacje pracownicze i szkoleniowe / rules for accreditation and certification by employee and training organizations – regulacje prawne dotyczące zarządzania zasobami ludzkimi, m.in. szkolenie, rozwój, rekrutacja, zwolnienia, awans zawodowy / legal regulations concerning human resources management, including training, development, recruitment, dismissal, and professional promotion – wymagania i zasady dotyczące obsadzania stanowisk / requirements and rules on staffing – zakres autonomii zawodowej / the scope of professional autonomy 	<ul style="list-style-type: none"> – stabilizacja zatrudnienia w sektorze publicznym (umowy o pracę) lub dobrowolne umowy kontraktowe / stabilization of employment in the public sector (contracts of employment) or voluntary contractual agreements – nowe przepisy umożliwiające ratownikom medycznym pracę na oddziałach szpitalnych innych niż SOR / paramedics being allowed to work on other wards than SOR under the new regulations – prawo pielęgniarek i położnych do samodzielnej ordynacji medycznej / the right to self-ordained medical treatment by nurses and midwives – prace dotyczące norm prawnych nowych zawodów medycznych i okołomedycznych / work on the regulation of new medical and about medical professions
<p>Perspektywa wewnętrznych praktyk organizacyjnych /</p> <p>Internal organizational practices perspective</p>	<ul style="list-style-type: none"> – zasady alokacji środków w ramach wewnętrznych budżetów na wydatki związane z zarządzaniem zasobami ludzkimi / rules for the allocation of funds within intra-organizational budgets for matters related to human resources management – niewłaściwe wykorzystanie kompetencji pracowników w podziale pracy / misuse of employee competences in the division of labor – wynagrodzenie nieadekwatne do jakości usług lub do osiągniętych wyników / inadequate remuneration for the quality of services or performance – nadmierne zatrudnienie w określonych grupach pracowniczych / excessive employment in specific groups of employees – nieprawidłowy przydział zadań, tj. zbyt duże obciążenia pracą określonych grup zawodowych przy zbyt małym obciążeniu innych grup / an incorrect allocation of tasks, i.e., too high workload of specific occupational groups, while underestimating tasks for others 	<ul style="list-style-type: none"> – zatrudnienie koordynatorów (np. w ramach szybkiej terapii onkologicznej lub w POZ PLUS) / employment of coordinators (e.g. as part of the rapid oncology therapy or PHC PLUS)

KOC – „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży” / “Coordinated care for pregnant women”, KOS-zawał – „Koordynowana opieka specjalistyczna dla pacjenta po zawale mięśnia sercowego” / “Coordinated specialist care for people after a myocardial infarction”, KAOS-cukrzyca – „Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą” / “Comprehensive outpatient care for a diabetic patient”, KLPR – „Kompleksowe leczenie ran przewlekłych” / “Comprehensive treatment of chronic wounds”, POZ PLUS – „Podstawowa opieka zdrowotna PLUS” (pilotaż opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej) / “Primary healthcare PLUS” (a pilot program of coordinated care in primary healthcare), SOR – szpitalny oddział ratunkowy / hospital emergency ward, ZOL – zakład opiekuńczo-leczniczy / chronic medical care centre.

listów ratownictwa medycznego, lecz także pielęgniarek, ponieważ ratownik może wykonywać czynności medyczne (ich zakres znacznie rozszerzono w 2016 r.) w każdym podmiocie leczniczym, a nie tylko na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR).

Pielęgniarki w swoich obowiązkach pielęgnacyjnych są wspierane przez opiekunów medycznych: zawód ten w Polsce został wprowadzony do klasyfikacji w 2007 r. [24].

Wprowadzanie krzyżujących się kompetencji w systemie ochrony zdrowia zwykle oznacza budowanie nowych zespołów profesjonalistów, opartych na dobrze zorganizowanej pracy grupowej. Bez wzajemnego poszanowania kompetencji i działań wychodzących poza własne interesy grupowe trudno będzie efektywnie krzyżować kompetencje. W Polsce występuje opór lekarzy stomatologów przed nadaniem nowych uprawnień zawodowych higienistkom stomatologicznym, które w innych krajach UE nie tylko zajmują się profilaktyką stomatologiczną, ale też odpowiadają za zapewnienie znieczulenia czy wykonanie zdjęć rentgenowskich [25–27]. Podobnie w okulistyce: pojawiły się nowe profesje – optometrysta, ortoptysta czy tyflopedał – które mogą wspierać lub w uzasadnionych przypadkach zastępować lekarzy okulistów.

Pielęgniarki i położne

Odpowiednia liczba dobrze zmotywowanych i wykształconych pracowników opieki zdrowotnej jest niezbędnym warunkiem poprawy zdrowia ludności. Bez zapewnienia dostatecznej liczby właściwie wyszkolonych lekarzy i pielęgniarek nie jest możliwe ani zapewnienie równego dostępu do niezbędnych świadczeń zdrowotnych, ani ich wysokiej jakości. To przede wszystkim na pielęgniarkach spoczywa odpowiedzialność za poprawę stanu zdrowia populacji, ponieważ one stanowią największą grupę zawodową wśród pracowników sektorowych. Niepokojące, że wskaźnik OECD czynnych zawodowo pielęgniarek/1000 mieszkańców dla Polski to tylko 5,3. Wskaźnik ten stawia Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Europie (Szwajcaria – 17,4, Norwegia – 16,7, Dania – 16,3, Niemcy – 13, Szwecja – 11, Zjednoczone Królestwo – 8,2, Czechy – 8) i wskazuje na znacznie utrudniony dostęp do usług pielęgniarskich [28].

Zmiany dotyczące organizacji systemu ochrony zdrowia, sposobu sprawowania opieki medycznej nad pacjentami onkologicznymi i prowadzenia list oczekujących, zaproponowane przez ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza w ramach pakietu kolejkowego i onkologicznego, zostały przyjęte w lipcu 2014 r. Zmiany w ustawie określającej te pakiety weszły w życie 1 stycz-

nia 2015 r. Ich głównym założeniem było ułatwienie pacjentom dostępu do lekarzy specjalistów, a także uprzywilejowane traktowanie pacjentów onkologicznych. Pakiet kolejkowy miał zapewniać oddzielną listę, dzięki której miały się zmniejszyć kolejki do badań specjalistycznych oraz do lekarza po receptę. Rozwiązania przedstawione w pakiecie przygotowanym przez resort zdrowia dotyczyły także pielęgniarek i położnych. Otrzymały one nowe uprawnienia i nowe obowiązki: prawo ordynowania i przepisywania określonych leków.

Nowelizacja ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 22 lipca 2014 r. określiła nowe uprawnienia tej grupy zawodowej. Od 1 stycznia 2016 r. daje ona pielęgniarkom/położnym możliwość samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń m.in. diagnostycznych i leczniczych oraz ordynowania niektórych leków i wyrobów medycznych, w tym wystawiania na nie recept. Minister zdrowia w drodze rozporządzenia określił wykaz leków, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne oraz wzór recepty, uprawomocniając w ten sposób ich nowe uprawnienia zawodowe. Pielęgniarki i położne posiadające tytuł magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa albo mające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, które ukończyły kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków, uzyskują uprawnienia do samodzielnego ordynowania leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Mogą także ordynować środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz samodzielnie przepisywać określone wyroby medyczne, m.in. wystawiać na nie zlecenia albo recepty. Pielęgniarki i położne posiadające tytuł licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa albo tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, które ukończyły kurs specjalistyczny, są uprawnione także do wystawiania na zlecenie lekarza recepty na określone leki (z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe), a także na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego jako kontynuację leczenia. Pielęgniarka i położna, która w ramach kształcenia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo bądź w zakresie szkolenia specjalizacyjnego nabyła wiedzę objętą takim kursem, jest zwolniona z obowiązku ukończenia kursu ordynowania leków [29].

Wprowadzone zapisy zmieniają zakres uprawnień zawodowych pielęgniarki i położnej, a nowe uprawnienia pielęgniarek powinny skrócić czas oczekiwania pacjentów na świadczenia, przede wszystkim w podsta-

wowej opiece zdrowotnej. Zmiana ta może też przyczynić się do tworzenia nowych relacji między lekarzem a pielęgniarką. Dzięki nowym uprawnieniom pielęgniarki i położne mogą zlecać kontynuację leczenia lub – po badaniu fizykalnym – zaordynować leczenie bez wizyty lekarskiej. Znowelizowana ustawa poprawia także dostępność innych świadczeń opieki zdrowotnej, np. uzyskanie skierowania na badania diagnostyczne i szybsze rozpoczęcie diagnostyki. Ma to największe znaczenie na obszarach wiejskich oraz w miejscowościach oddalonych od poradni i ośrodków zdrowia.

Nadanie pielęgniarkom uprawnień do przepisywania leków to jedna z wielu zmian zachodzących we współczesnym pielęgniarstwie. W 2 ostatnich dekadach znacząco zwiększyła się liczba krajów, w których pielęgniarkom nadano takie uprawnienia (m.in. Dania, Holandia, Hiszpania, Irlandia, Szwecja, Zjednoczone Królestwo, Stany Zjednoczone i Australia) (tabela 1) [26,27, 30–38]. Praktyka przepisywania leków przez pielęgniarki różni się w poszczególnych krajach pod względem zakresu przyznanych kompetencji, grupy uprawnionych osób, sytuacji, w których pielęgniarki mogą przepisywać leki, oraz w ramach kategorii leków, jakie pielęgniarki mogą przepisywać. Cechą wspólną dla rozwiązań krajowych jest konieczność opracowania regulacji prawnych oraz przygotowania dodatkowego cyklu szkoleń. Dotychczas posiadane przez pielęgniarki i położne uprawnienia nie dawały dużej samodzielności, pomimo że kształcenie pielęgniarek i położnych w Polsce jest kosztowne i długotrwałe (trwa 7 lat: 3 lata to studia licencjackie, 2 lata – magisterskie, 2 lata – specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa).

Ratownicy medyczni

Zasady wykonywania zawodu ratownika medycznego określa ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2006 r., zasadniczo zmieniona w 2015 r. Nowelizacja, obowiązująca od 1 stycznia 2016 r., dotyczyła przede wszystkim doprecyzowania zasad wykonywania zawodu ratownika medycznego, legalizując wykonywanie czynności zawodowych ratowników medycznych poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego w:

- podmiotach leczniczych (także poza szpitalnymi oddziałami ratunkowymi i izbami przyjęć),
- w ramach morskiej służby poszukiwania i ratownictwa,
- w ramach ratownictwa górniczego,
- w jednostkach ochrony przeciwpożarowej włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (jedynie w zakresie szkoleń, ćwiczeń i działań w strefie zagrożenia),

- w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej niebędących podmiotami leczniczymi przy zabezpieczeniu medycznym imprez masowych (włącznie w ramach podmiotu leczniczego),
- w izbach wytrzeźwień i na stanowisku dyspozytora,
- przy wykonywaniu transportu sanitarnego,
- na lotniskach [39].

Ustawa potwierdzała przyznane wcześniej prawo ratowników medycznych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w ramach ratownictwa oraz ratownictwa górskiego i narciarskiego.

Zakres czynności reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego [40]. Rozporządzenie to wylicza 29 medycznych czynności ratunkowych, które mogą być wykonywane przez ratownika medycznego samodzielnie lub pod nadzorem lekarza, oraz świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie bądź na zlecenie. Ratownik uzyskuje uprawnienia do podawania 47 leków, takich jak leki przeciwuczuleniowe, przeciwbólowe, obniżające ciśnienie krwi, nasercowe, przeciwzakrzepowe, rozszerzające oskrzela, uspokajające.

Ustawa reguluje również prawo ratownika medycznego do oceny stanu pacjenta i odstąpienia od podejmowania medycznych czynności ratunkowych lub od udzielania świadczeń zdrowotnych, jeśli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia bądź nie prowadzi do ciężkiego rozstroju zdrowia albo ciężkiego uszkodzenia ciała pacjenta.

Innym ważnym i nowym uprawnieniem ratownika medycznego, regulowanym opisywaną ustawą, jest prawo do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta. Brak takich zapisów prowadził do sytuacji niebezpiecznych i absurdalnych: aby prawidłowo rozpoznać stan zagrożenia życia i zdrowia, często konieczne jest uzyskanie informacji o dotychczasowym przebiegu leczenia pacjenta. Uznanie zatem prawa ratownika do uzyskiwania od lekarzy, pielęgniarek i położnych informacji o stanie zdrowia pacjenta, zaleconych działaniach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych czy prewencyjnych oraz dających się przewidzieć następstwach udzielanych świadczeń w zakresie niezbędnym do wykonywania medycznych świadczeń ratunkowych jest logicznie powiązane z wykonywaną przez niego pracą. Ratownik medyczny jest także zobowiązany do informowania pacjenta o przysługujących mu prawach, co

dodatkowo nakłada na tę grupę zawodową obowiązek znajomości zagadnień prawnych wynikających z ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, ustawy o chorobach zakaźnych czy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Ratownik medyczny, zgodnie z przepisami ustawy, ma obowiązek działać zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz z należytą starannością, podobnie jak lekarze, pielęgniarki i położne, fizjoterapeuci, farmaceuci czy diagnosty laboratoryjni.

Przywołane zapisy mają nie tylko zastosowanie praktyczne przy podejmowaniu decyzji przez zespoły transportu medycznego, ale także podkreślają znaczenie zawodu ratownika medycznego: ratownik jest wskazany jako istotny pod względem zawodowym partner dla lekarza w procesie opieki medycznej nad pacjentem oraz dla pielęgniarki na oddziałach ratunkowych (tabela 1).

Fizjoterapeuci

Na mocy Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty [41] wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę mającą odpowiednie kwalifikacje i prawo wykonywania zawodu.

Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na świadczeniu usług zdrowotnych, przede wszystkim takich jak:

- diagnostyka funkcjonalna pacjenta;
- kwalifikowanie, planowanie i prowadzenie fizykoterapii, kinezyterapii, masażu;
- zlecanie wyrobów medycznych, dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych i uczenie go posługiwania się nimi;
- prowadzenie działalności fizjoprofilaktycznej oraz modelowanie i podtrzymywanie sprawności oraz wydolności osób w różnym wieku, aby zapobiegać niepełnosprawności;
- wydawanie opinii i orzeczeń dotyczących stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii;
- uczenie pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności.

Fizjoterapeuta udziela ww. świadczeń samodzielnie, jeśli posiada tytuł magistra albo inny oraz doświadczenie zawodowe. Osoby z tytułem licencjata lub technika mają ograniczone uprawnienia zawodowe: nie mogą kwalifikować pacjentów do fizykoterapii i kinezyterapii, wydawać opinii i orzeczeń dotyczących stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu

procesu fizjoterapii czy zlecać wyrobów medycznych.

Realizacja ustawy o zawodzie fizjoterapeuty nastąpiła w związku z wydanym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [42]. Wprowadzone zmiany dotyczą przede wszystkim kwestii uznania kompetencji fizjoterapeuty do planowania procesu fizjoterapii.

Najważniejsza zmiana w kontekście samodzielności decyzyjnej fizjoterapeuty związana z krzyżowaniem się nowych kompetencji z lekarzem dotyczy zniesienia obowiązku wskazania przez lekarza na skierowaniu opisu dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na rehabilitację oraz liczby zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) i liczby poszczególnych zabiegów w cyklu. Oznacza to w praktyce, że fizjoterapeuta ma prawo do zaplanowania procesu fizjoterapii zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą przy uwzględnieniu rozpoznania medycznego. Jeśli skierowanie zostało wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, specjalistę w dziedzinie rehabilitacji ogólnej, medycznej lub narządów ruchu, może ono zawierać informację o zleconych zabiegach oraz ich liczbę w poszczególnym cyklu. Właściwie tylko w tym przypadku fizjoterapeuta ma ograniczoną możliwość modyfikowania zleconych zabiegów.

Rozporządzenie zmienia także zasady realizacji wizyty fizjoterapeutycznej, która – w zależności od etapu postępowania fizjoterapeutycznego – obejmuje co najmniej 1 czynność wskazaną w definicji takiej wizyty. Po zakończeniu cyklu terapii fizjoterapeuta jest zobowiązany do przekazania lekarzowi kierującemu informacją o sposobie leczenia i efektach prowadzonej terapii. Informacja taka może być przekazana za pośrednictwem pacjenta lub bezpośrednio do instytucji, w której wystawiono skierowanie.

Nowe uprawnienia zawodowe fizjoterapeuty istotnie wpływają na mocno ugruntowane w systemie kompetencje lekarzy w zakresie rehabilitacji leczniczej. W przypadku lekarzy i fizjoterapeutów dochodzi do krzyżowania się kompetencji, a coraz istotniejsza rola i uprawnienia zawodowe fizjoterapeutów są powszechnie uznawane.

Nowe zawody

Celem zmian w systemie ochrony zdrowia jest zagwarantowanie kompleksowej i skoordynowanej opieki nad pacjentem. Poza pakietem onkologicznym czy pilotażem POZ PLUS NFZ uruchomił i zakontraktował pro-

gramy kompleksowej opieki nad pacjentem, takie jak: „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży” (KOC), „Koordynowana opieka specjalistyczna dla pacjenta po zawale mięśnia sercowego” (KOS-zawał), „Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą” (KAOS-cukrzyca), „Kompleksowe leczenie ran przewlekłych” (KLRP).

Konieczne było skoordynowanie programów, aby zapewnić wskazany w nich czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne, wypracować zasady komunikacji i przepływu informacji między świadczeniodawcami oraz rozliczać z NFZ-em udzielane świadczenia zgodnie z zasadami programu. W praktyce zatem koordynacja opieki jest związana z aktywnym nadzorem nad realizacją zaleceń lekarskich w zaplanowanych terminach, a także z przypominaniem pacjentowi o zbliżających się wizytach (np. drogą mailową lub za pomocą SMS-a). Może też obejmować rejestrację na zleczone interwencje medyczne z wielomiesięcznym wyprzedzeniem – zarówno w samej placówce koordynującej, jak i w placówkach współpracujących (np. na konsultacje specjalistyczne) [43].

Stopień tej koordynacji może być różny: od monitorowania (z wykorzystaniem narzędzi informatycznych) stanu pacjentów samodzielnych z niewielkim stopniem zaawansowania choroby do przypisania imiennie profesjonalisty medycznego (np. pielęgniarki koordynującej), który – w przypadku pacjentów niesamodzielnych z zaawansowanym stadium choroby przewlekłej i wielochorobowością – może być przewodnikiem pacjenta po systemie opieki koordynowanej [43].

Koordynator opieki zdrowotnej to profesjonalista, który powinien posiadać wiedzę zarówno w zakresie organizacji i ekonomiki w ochronie zdrowia, jak i zdrowia publicznego oraz medycyny. Dlatego w oczywisty sposób jego kompetencje krzyżują się z uprawnieniami pielęgniarek, sekretarek medycznych, specjalistów zdrowia publicznego czy zarządzania w ochronie zdrowia. Trudno wskazać profesjonalistę, który posiada pełnię uprawnień do podejmowanych działań koordynacyjnych, także dlatego, że nie ma jeszcze w Polsce kompleksowego kształcenia w tym zakresie. Zadania te wykonują przede wszystkim pielęgniarki, ale także absolwenci zdrowia publicznego i ratownicy medyczni.

Innym pomysłem systemowym jest wprowadzenie zawodu asystenta medycznego/asystenta lekarza, który posiadałby uprawnienia do prowadzenia działalności medycznej w zasadzie takie jak lekarze, przede wszystkim pracujący na oddziałach zabiegowych (asysta operacyjna), na SOR-ach, w POZ czy na oddziałach inten-

sywnej terapii. W tym przypadku jego kompetencje krzyżowałyby się z kompetencjami lekarza, pielęgniarki i ratownika medycznego. Dla ratowników medycznych kształconych w Polsce wyłącznie na studiach I stopnia przygotowanie dodatkowego medycznego szkolenia magisterskiego na kierunku asystenta medycznego może być interesującym aspektem rozwoju zawodowego. Rozwiązania takie są już wprowadzane m.in. w Stanach Zjednoczonych, Holandii i Zjednoczonym Królestwie [44].

WNIOSKI

Systemowym warunkiem zabezpieczenia dostępu do efektywnych i wysokiej jakości usług zdrowotnych zorientowanych na pacjenta jest m.in. kadra – odpowiednio wykwalifikowana, zmotywowana do pracy, rozwijająca swoje kompetencje w warunkach optymalnego wykorzystania w systemie zdrowotnym [6,25,45].

Rozwiązaniem wskazanych w tekście problemów systemowych może być rozszerzanie i wzmacnianie ról pełnionych przez profesjonalistów medycznych w systemie ochrony zdrowia dzięki nowym krzyżującym się kompetencjom. Być może krzyżowanie się kompetencji oraz tworzenie nowych profesji medycznych pozwoli tak udoskonalić system, by można było optymalnie reagować na potrzeby pacjentów w sytuacji ograniczonych zasobów ludzkich i finansowych. Trwałe rozwiązania sektorowe wymagają uwzględnienia rozpoznanych uwarunkowań w tworzeniu nowej przestrzeni zawodowej dla profesjonalistów medycznych i przygotowaniu strategii postępowania, które pozwolą wprowadzić oczekiwane zmiany [46].

Reasumując rozważania, można stwierdzić, że we wszystkich systemach zdrowotnych prowadzone są badania dotyczące efektywnych i innowacyjnych metod alokacji pracowników. Coraz częściej zwraca się w nich uwagę na praktyki zarządcze wspierające krzyżowanie się kompetencji profesjonalistów medycznych i okołomedycznych w celu wypracowania takich ról zawodowych, które – dzięki mieszance kompetencyjnej czy identyfikacji nowych poszukiwanych na rynku umiejętności – pozwolą osiągnąć w opiece nad pacjentem oczekiwane wyniki. Zarówno decydenci polityczni, jak i menedżerowie działający w organizacjach, poszukując skutecznych rozwiązań, muszą brać pod uwagę uwarunkowania organizacji pracy w warunkach podaży ograniczonych zasobów. Można zauważyć, że największe oszczędności i najlepsze wyniki w opiece zdrowotnej pozwala osiągnąć rozwiązywanie problemów organizacyjnych.

W Polsce krzyżowanie się kompetencji jest tematem nowym, poddawany wstępnym analizom naukowym i badaniom praktycznym. W niniejszej pracy omówiono tylko te rodzaje krzyżowania się uprawnień, które zostały uregulowane w związku z nadawaniem poszczególnym grupom profesjonalistów medycznych nowych uprawnień zawodowych: dotyczą one przede wszystkim relacji lekarz–pielęgniarka–ratownik medyczny–fizjoterapeuta.

Na podstawie przeprowadzonej analizy można jednak wnioskować, że proces krzyżowania się uprawnień w polskim systemie ochrony zdrowia będzie się rozwijać: przede wszystkim w kierunku przejmowania uprawnień lekarzy i pielęgniarek przez innych profesjonalistów medycznych, ale także w kierunku systemowego wykorzystania różnych form *skill mix*, takich jak powiększanie, wzmacnianie czy zastępowanie ról. Należy jednak zauważyć, że proces ten przebiega często raczej w atmosferze rywalizacji i walki niż uznania zalet pracy grupowej. Przykładem takiego zachowania jest konflikt pielęgniarek i ratowników medycznych. Obie grupy zawodowe walczą, wypominając sobie deficyty, i raczej nie są skłonne do systemowego uporządkowania relacji zawodowych, tak aby wypracować model optymalny, zapewniający efektywną pracę grupową.

Większość zmian systemowych w Polsce związanych z krzyżowaniem się uprawnień dotyczy zjawiska rozszerzania i wzmacniania ról zawodowych pielęgniarek, ratowników medycznych i fizjoterapeutów. Przy okazji przejmowania nowych uprawnień wzmacnia się rola tzw. personelu wspomagającego, np. opiekunów medycznych, sekretarek medycznych itp. Wiąże się to także w niektórych przypadkach z zastępowaniem ról do tej pory regulacyjnie przynależnych wyłącznie lekarzom (np. pielęgniarki uzyskujące prawo do samodzielnej ordynacji medycznej i wypisywania recept, fizjoterapeuci samodzielnie prowadzący wizyty).

Wprowadzanie nowych koordynowanych programów kompleksowej opieki nad pacjentem wymusza realną koordynację działań, a to oznacza konieczność wyznaczenia zupełnie nowej roli zawodowej – koordynatora medycznego. Odpowiedź na pytanie, kto ma odpowiednie kompetencje, aby tę rolę pełnić, jest kluczowa, ponieważ nie ma wykształconych w tym zakresie specjalistów. Pielęgniarkom przejmującym tę rolę brakuje bowiem wiedzy w zakresie organizacji i zarządzania, a absolwent zdrowia publicznego, który również często zostaje koordynatorem w programie kompleksowej opieki nad pacjentem, ma ograniczoną wiedzę medyczną.

Problem kadr i ich niedoboru oraz poszukiwania nowych rozwiązań w celu zapewnienia profesjonalnej zespołowej opieki nad pacjentem jest uznawany przez decydentów i ekspertów sektorowych za jeden z priorytetów polskiej polityki zdrowotnej.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Assembly, 53: The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance [Internet]. World Health Organization, Geneva 2000 [cytowany 20 czerwca 2018]. Adres: <http://www.who.int/iris/handle/10665/79020>
2. World Health Organization Regional Office for Europe: Human resources for health in the WHO European Region [Internet]. The Office, Copenhagen 2006 [cytowany 20 czerwca 2018]. Adres: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/91474/E88365.pdf
3. Matrix Insight: EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study. Revised final report 29 May 2012 [Internet]. European Commission, 2012 [cytowany 20 czerwca 2018]. Adres: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf
4. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Union: Health at a Glance: Europe 2018. State of health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris 2018 https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
5. Imison C., Castle-Clarke S., Watson R.: Reshaping the workforce to deliver the care patients need [Internet]. Research Report. Nuffield Trust, 2016 [cytowany 28 czerwca 2019]. Adres: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/reshaping-the-workforce-web-final.pdf>
6. Dubois C.S., Singh D.: From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. Hum. Resour. Health 2009;7:87, <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-87>
7. World Health Organization: Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 [Internet]. WHO Document Production Services, Genewa 2016 [cytowany 28 czerwca 2019] Adres: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>
8. Tsiachristas A., I. Wallenburg, C.M. Bond, R.F. Elliot, R. Busse, J. van Exel i wsp.: Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. Health Policy 2015;119 (9):1176–1187, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.001>
9. Glinos I.A.: Innovating skill mix to strengthen primary care in high- and middle-income countries. Eur. J. Public Health 2017;27, Supl. 3:ckx187.769, <https://doi.org/10.1093/eur-pub/ckx187.769>

10. Vargos-Lagos V.: How should resources be allocated between physicians and nurses in Africa and Latin America? *Soc. Sci. Med.* 1991;33(6):723–727, [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90027-A](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90027-A)
11. Bhopal R.: Skill mix in primary care. *BMJ* 1994;309(6948): 195–196, <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6948.195b>
12. McGillis Hall L.: Staff mix models: complementary or substitution roles for nurses. *Nurs. Adm. Q.* 1997;21(2):31–39, <https://doi.org/10.1097/00006216-199702120-00007>.
13. Buchan J., Ball J., O'May F.: If changing skill-mix in the answer, what is the question? *J. Health Serv. Res. Policy* 2001; 6(4):233–238, <https://doi.org/10.1258/1355819011927549>
14. Keyzer D.: Working together: The advanced nurse practitioner and the rural doctor. *Aust. J. Rural Health* 1997;5(4): 184–189, <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.1997.tb00264.x>
15. Sibbald B., Shen J., McBride A.: Changing the skill-mix of the health care workforce. *J. Health Serv. Res. Policy* 2004;9, Supl 1:2838, <https://doi.org/10.1258/135581904322724112>
16. Cohen G.M.: Protecting health professionals, our most precious resource. *Int. Nurs. Rev.* 2008;55(1):1–2, <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00629.x>
17. Buchan J., Ball J., O'May F.: Skill mix in the health workforce: Determining skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health Professional [Internet]. World Health Organization, Geneva 2000 [cytowany 20 czerwca 2018]. Adres: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66765>
18. Buchan J., Calman L.: Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles [Internet]. OECD Health Working Papers No. 17, 2004 [cytowany 20 czerwca 2018]. Adres: <http://www.oecd.org/health/health-systems/33857785.pdf>
19. Włodarczyk C.W., Domagała A.: Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2011;2:29–41
20. Centrum Badania Opinii Społecznej: Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Komunikat z badań, nr 113/2016 [Internet]. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2016 [cytowany 20 czerwca 2018]. Adres: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_113_16.PDF
21. Kowalska I., Sagan A., Mokrzycka A., Zabdyr-Jamzór M.: The first attempt to create a national strategy for reducing waiting times in Poland: Will it succeed? *Health Policy* 2015;119 (3):258–263, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.010>
22. Sagan A., Kowalska-Bobko I., Mokrzycka A.: The 2015 emergency care reform in Poland: Some improvements some unmet demands and some looming conflicts. *Health Policy* 2016;120(11):1220–1225, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.009>
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. *DzU* z 2018 r., poz. 2396
24. Szwałkiewicz E.: Opiekun medyczny w praktyce. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2013
25. Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce [Internet]. Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2017 [cytowany 28 czerwca 2019]. Adres: <http://woipip.pl/wp-content/uploads/2018/01/2018-01-Strategia-na-rzecz-rozwoju-piel%C4%99gniarstwa-i-po%C5%82o%C5%BCnictwa-w-Polsce.pdf>
26. Ball J.: Implementing Nurse Prescribing. An updated Review of Current Practice Internationally [Internet]. International Council of Nurses, 2009 [cytowany 28 czerwca 2019]. Adres: http://www.ptp.na1.pl/pliki/nurse_prescribing/Nurse%20prescribing_PL%2002.01.2012.pdf
27. Bartosiewicz A., Binkowska-Bury M., Januszewicz P.: Możliwość przepisywania recept przez pielęgniarki i położne – stan prawny w Polsce i ogólny przegląd sytuacji na świecie. *Przegl. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków* 2015;3:290–305, <https://doi.org/10.15584/przmed.2015.3.9>
28. Organisation for Economic Co-operation and Development: Health at a Glance 2015: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris 2015, https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
29. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw. *DzU* z 2014 r., poz. 1136
30. Mousquès J., Bourgueil Y., Le Fur P., Yilmaz E.: Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 2010;12;98(2–3):131–143, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.06.001>
31. Bourgueil Y., Berland Y.: Health care human resource policy in France [Internet]. *Eurohealth* 2006 [cytowany 28 czerwca 2019];12(3):24–26. Adres: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/80478/Eurohealth12_3.pdf
32. Alders P.: Self-managed care teams to improve community care for frail older adults in the Netherlands. *Int. J. Care Coord.* 2015;18(2–3):57–61, <https://doi.org/10.1177/2053434515614429>
33. Jovic L., Bianchi E., Decouflet S., Loizeau V., Amiot P., Teixeira M.: Between Autonomy and Subordination in Front Line Care. *Glob. Qual. Nurs. Res.* 2015;1–12;2:2333 393615584550, <https://doi.org/10.1177/2333393615584550>
34. De Bakker D.H., Struijs J.N., Baan C.B., Raams J., de Wildt J.E., Vrijhoef H.J., Schut F.T.: Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands

- show improvement in care coordination. *Health Aff. (Millwood)*. 2012;31(2):426–33, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0912>
35. Eikelenboom N., Smeele I., Faber M., Jacobs A., Verhulst F., Lacroix J. i wsp.: Validation of Self-Management Screening (SeMaS), a tool to facilitate personalised counselling and support of patients with chronic diseases. *BMC Fam. Pract.* 2015;16(1):165, <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0381-z>
36. Plochg T., Klazinga N.S., Starfield B.: Transforming medical professionalism to fit changing health needs. *BMC MED* 2009;7(1):64, <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-64>
37. Verhaak P.F., van Dijk C.E., Nuijen J., Verheij R.A., Schellevis F.G.: Mental health care as delivered by Dutch general practitioners between 2004 and 2008. *Scand. J. Prim. Health Care* 2012;30(3):156–162, <https://doi.org/10.3109/02813432.2012.688707>
38. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. *DzU z 2004 r. nr 210, poz. 2135*
39. Mikos M., Juszczak G., Czerw A.: Nowe prawa i obowiązki ratowników medycznych w świetle nowelizacji ustawy o PRM = New rights and duties of paramedics according to the updated Law on National Medical Emergency Services. *J. Educ. Health Sport* 2016;6(2):311–315, <https://doi.org/10.5281/zenodo.46832>
40. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego. *DzU z 2016 r., poz. 587*
41. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty. *DzU z 2015 r., poz. 1994*
42. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. *DzU z 2018 r., poz. 2396*
43. Narodowy Fundusz Zdrowia: Opis programu pilotażowego [Internet]. 2017 [cytowany 29 marca 2019]. Adres: https://www.nfz-lodz.pl/attachments/article/7658/Za%C5%82.%201_Opis%20pilota%C5%BCu.pdf
44. The Physician Assistant Life [Internet]. The PA Life, Santa Cruz 2019 [cytowany 29 marca 2019]. Infographic: Countries Where Physician Assistants Work, <https://www.thepalife.com/infographic-countries-where-physician-assistants-work>
45. Chen L., Evans T., Anand S., Boufford J.I., Brown H., Chowdhury M. i wsp.: Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004;3;364(9449):1984–1990, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17482-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17482-5)
46. World Health Organization: Working together for health. The World Health Report 2006 [Internet]: Geneva 2006 [cytowany 20 czerwca 2018]. Adres: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf